

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. ALEXIS-CARREL

Année 1978 - N° 64

**ORGANISATION DES SOINS MEDICAUX
EN ALGERIE.**

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON
et soutenue publiquement le 3 Mars 1978
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Marc TARDIEU

né le 1^{er} Mars 1950

à SAINT-CHAMOND (Loire)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554220_0020

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. ALEXIS-CARREL

Année 1978 - N° 64

**ORGANISATION DES SOINS MEDICAUX
EN ALGERIE.**

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 3 Mars 1978

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Marc TARDIEU

né le 1^{er} Mars 1950

à SAINT-CHAMOND (Loire)

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON

- MÉDECINE -

M. E. R. ALEXIS-CARRIÉ

Présenté par

ORGANISATION DES SOINS MÉDICAUX
EN ALGÉRIE.



THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 3 Mars 1955

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Mme TARDIEU

née le 17 Mars 1920

à SAINT-CHAMOND (Loire)

— UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I —

Président de l'Université	M. le Professeur D. GERMAIN
Vice Président	M. le Professeur E. ELBAZ
Deuxième Vice Président	M. B. ROUSSET
Troisième Vice Président	M. R. LOPEZ
Secrétaire Général	M. RAMBAUD

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE :

Médecine : GRANGE BLANCHE	M. le Docteur B. SALLE (MCA)
ALEXIS CARREL	M. le Professeur R. MORNEX
SUD-OUEST	M. le Professeur J. NORMAND
LYON NORD	Directeur : M. le Docteur J.P. NEIDHARDT
	Directeur honoraire : M. le Professeur A. BERTOYE
Biologie Humaine	M. le Docteur J.P. REVILLARD (MCA)
Techniques de Réadaptation	M. le Docteur A. MORGON (MCA)
Sciences Pharmaceutiques	M. le Professeur BIZOLLON
Sciences Odontologiques	M. le Docteur R. VINCENT
Institut régional d'éducation physique et sportive ..	Président du conseil d'UER : M. le Professeur
	R. GUILLET,
	Directeur M. A. MILLON
Mathématiques	M. le Professeur E. COMBET
Physique	M. le Professeur J. DELMAU
Chimie et Biochimie	M. le Professeur J. HUET
Sciences de la Nature	M. le Professeur R. GINET
Sciences Physiologiques	Mlle le Professeur J.F. WORBE
Institut Universitaire et Technologie n°1	M. le Professeur B. POUYET
Institut Universitaire et Technologie n°2	M. J. GALLET (Directeur ENSAM)
Observatoire	M. M. MONNET (Astronome Adjoint)
Physique Nucléaire	M. le Professeur GUSAKOW
Mécanique	Mlle le Professeur G. COMPTE-BELLOT.



Examineurs de la thèse

Président : Professeur L. ROCHE

Assesseurs : Professeur Agrégé P. PALIARD
Professeur Agrégé M. HERMIER
Professeur Agrégé J. VEDRINNE

A la mémoire de mon Père,
et de mon Beau-Père,

A ma Mère,

A ma Belle-Mère,

A ma Femme,

A mes Enfants,

A mon Maître et Président de Thèse :

Monsieur le Professeur L. ROCHE

Il a bien voulu s'intéresser à ce travail et m'a fait le grand honneur d'accepter de présider mon Jury.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma gratitude pour l'enseignement qu'il m'a prodigué dans son Service hospitalier et à la Faculté.

A mes Juges :

Monsieur le Professeur Agrégé P. PALIARD,

En tant qu'externe du Service d'Urgences Médicales, j'ai eu l'occasion de bénéficier de son enseignement.

Je le remercie d'avoir bien voulu s'intéresser à mon travail.

Monsieur le Professeur Agrégé M. HERMIER,

La clarté de son enseignement de pédiatrie a été un point marquant de mes études médicales.

Je suis heureux et je le remercie de pouvoir le compter parmi mes Juges.

Monsieur le Professeur Agrégé J. VEDRINNE,

Il a exprimé la joie de me faire part de l'intérêt qu'il portait au sujet de ma thèse.

Je le remercie vivement d'avoir bien voulu faire partie de mon Jury.

A mes Maîtres d'Externat :

Monsieur le Professeur RÔCHE

Monsieur le Professeur BEL

Monsieur le Professeur MARET

Monsieur le Professeur LIARAS

Monsieur le Docteur VIBERT

INTRODUCTION

- Au cours d'un séjour au titre de la Coopération en Algérie, il a été permis à l'auteur de ces lignes de connaître un système de médecine gratuite et d'y participer.

- Ce travail représente une étude de ce système sur un plan général en exposant les grands principes et l'infrastructure de base : le Secteur Sanitaire.

- Le Secteur Sanitaire de Mahdia, où l'auteur a pu travailler pendant seize mois, lui a permis de donner un exemple pratique et de le comparer, dans la mesure des informations disponibles, à l'échelon national. La lutte contre deux grands problèmes de la Santé Algérienne : la tuberculose et la mortalité infantile, a été envisagée.

* JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE *

-o- AU NOM DU PEUPLE -o-

Le Président du Conseil de la Révolution, Chef du Gouvernement, Président du Conseil des Ministres, sur le Rapport du Ministre de la Santé Publique.

ORDONNE :

- Article 1er - Les Actions de Santé publique, les actes de diagnostic, le traitement et l'hospitalisation des malades sont gratuites dans l'ensemble des secteurs sanitaires.
- Article 2è - Les budgets autonomes des Secteurs sanitaires sont financés par l'Etat et les Organismes Publics en dépendant.
- Article 3è - Les Budgets autonomes des Secteurs sanitaires sont fixés par décret.
- Article 4è - Sont abrogées toutes dispositions contraires à la présente Ordonnance.
- Article 5è - La présente Ordonnance sera publiée au Journal Officiel de la République Algérienne Démocratique et Populaire.

Fait à Alger, le 28 décembre 1973

HOUARI BOUMEDIENNE

oooooooooooooooooooo

LE SUPPORT DE LA GRATUITE DES SOINS

Le territoire algérien est divisé, en ce qui concerne la Santé publique, en SECTEUR SANITAIRE. Les limites de ce secteur sont en principe celle d'une Daira (Sous-Préfecture).

Cependant selon les nécessités (Grandeur de la Daira, densité de la Population, sa répartition sur le territoire), il peut exister un ou plusieurs Secteurs Sanitaires par Daira.

LE SECTEUR SANITAIRE : Comprend un hôpital ou moins, auquel peuvent être rattachés :

- soit des Polycliniques, ensemble comprenant des salles de consultations pour Médecins, un cabinet dentaire, un centre P.M.I., un centre de distribution pharmaceutique, un centre de vaccination, et tout ce qui sert à la Prévention (Contrôle des eaux, de la salubrité des commerces, éducation sanitaire...).

- soit des Centres de santé ;

- soit des Salles de Consultations.

- En plus des rôles de médecine préventive, curative et d'éducation sanitaire, le Secteur sanitaire coopère à la formation médicale et para-médicale.

- Les Secteurs Sanitaires sont divisés en trois catégories :

- . Hors classe : unité principale : Hôpital Universitaire.

- . 1ère Classe : unité principale : Hôpital de Wilaya (Préfecture)

- . 2ème Classe : unité principale : Hôpital de Daira (Sous-Préfecture)

CE QUE REPRESENTENT LA GRATUITE DES SOINS

Une partie importante de la médecine devient donc gratuite et une autre partie demande une participation financière de la part du malade dans des proportions données.

SONT ENTIEREMENT GRATUITS :

- l'hospitalisation des malades.
- les actes se rapportant aux urgences médicales, chirurgicales, de maternité et de pédiatrie.
- la protection médicale :
 - . des jeunes de moins de 16 ans
 - . des enfants mineurs de Chadrid (martyrs de la guerre),
 - . des personnes âgées de plus de 60 ans.
 - . des Moudjahidines (Anciens Combattants)
 - . des handicapés physiques.
- les consultations, les examens de radiologie et de laboratoire, les examens spécialisés, les soins et les traitements ambulatoires ;
- certains secteurs de santé jugés prioritaires :
 - . les vaccinations,
 - . l'hygiène scolaire,
 - . la PMI,
 - . la lutte contre le paludisme
 - la tuberculose
 - le trachome
 - les maladies vénériennes.
 - . la prévention du RAA,
 - . l'hygiène mentale,
 - . l'éducation sanitaire,

- certaines maladies à caractère social :

- . les maladies cancéreuses,
- . les maladies mentales,
- . les maladies cardiaques,
- . le diabète.

- Dans tous ces cas, les médicaments prescrits par le Médecin de la fonction Publique sont délivrés de façon entièrement gratuite dans un centre de distribution public.

- Les médicaments prescrits pour les petits risques, c'est à dire pour les affections non comprises dans la liste précédente, sont fournis gratuitement avec cependant une participation. La participation est fixée.

- à 3 D.A. (1 D.A. = 1,10 FF) quel que soit le montant de l'ordonnance si les médicaments prescrits sont agréés dans le répertoire pharmaceutique inhérent au secteur sanitaire.

- si les médicaments sont ceux agréés dans les officines, le malade paiera intégralement si le montant ne dépasse pas 10 D.A. et ne paiera pas plus de 10 D.A. si la prescription est supérieure à cette somme et ceci quel que soit le montant de l'ordonnance.

- Lorsque les médicaments sont directement achetés par le malade dans les officines ceux-ci sont remboursés par les organismes de sécurité sociale selon le même principe. Les ordonnances délivrées par un organisme privé (pharmacie d'officine) jusqu'à concurrence de 10 D.A. ne sont pas remboursées et au-dessus de cette somme, les ordonnances sont entièrement remboursées avec participation de 10 D.A. par le patient.

° °

°

LE PERSONNEL MEDICAL

- Le Personnel Médical, des centres de santé est constitué de Médecins travaillant soit à temps plein, soit à mi-temps, ce Personnel Médical est constitué en partie de Médecins algériens, en partie de Médecins étrangers.

- En effet avant l'Indépendance, il existait essentiellement des cadres français et l'on estimait à environ 2 500 médecins l'effectif juste avant l'Indépendance. En 1962, on a pu constater un vide énorme puisqu'il n'y avait plus que 600 médecins pour une population de 10 millions d'habitants environ et si l'Algérie possédait l'infrastructure sanitaire du système précédent, il lui fallait accroître ses effectifs tant médicaux que para médicaux.

- Actuellement le vide a été partiellement comblé, mais étant donné l'Indépendance récente du pays, une partie de l'effectif médical reste étrangère.

- L'effectif au 1er janvier 1976 se compose comme le tableau qui suit.

EFFECTIF DES MEDECINS DEBUT 1976

WILAYAT	TEMPS PLEINS				MI-TEMPS		T O T A U X		
	SANTE PUBLIQUE		AUTRES ORGANISMES*						
	ALG	ETR	ALG	ETR	ALG	ETR	ALG	ETR	GENERAL
ADRAR	8	2			1		9	2	11
EL-ASNAM	23	51			16		39	51	90
LAGHOUAT	2	21			6		8	21	29
OUM-el-BOUAGHI	1	34			9		10	34	44
BATNA	3	44			15		18	44	62
BEDJAIA	2	38	3	3	18		23	41	64
BISKRA	5	20			7	2	12	22	34
BECHAR	7	13	2	2	2	1	11	16	27
BLIDA	13	63			36	2	49	65	114
BOUIRA	4	34			8		12	34	46
TAMARASSET	3	3					3	3	6
TEBESSA	2	9		5	4		6	14	20
TLEMCEN	2	35	6		30	2	38	35	75
TIARET	3	34			22	1	25	35	60
TIZI-OUZOU	2	64	2	2	22		26	66	92
ALGER	405	155	71	12	122	8	598	175	773

* Sociétés nationales (Pétrole - Industries alimentaires - Sté Nationale gaz algérien, etc...).

WILAYAT	TEMPS PLEINS				MI-TEMPS		T O T A U X		
	SANTE PUBLIQUE		AUTRES ORGANISMES*						
	ALG	ETR	ALG	ETR	ALG	ETR	ALG	ETR	GENERAL
DJELFA		22			8		8	22	30
DJIJEL		22			6		6	22	28
SETIF	3	50		8	20	1	23	59	82
SAIDA	2	29			7		9	29	38
SIKIKDA	1	31		10	6	2	7	43	50
SIDI-BEL-ABBES	1	37		1	18	2	19	40	59
ANNABA	3	60	4	31	20	5	27	96	123
GUELMA	1	51			9	1	10	52	62
CONSTANTINE	82	83	13	17	29	2	124	102	226
MEDEA	2	34			8		10	34	44
MOSTAGANEM		49	2	1	19	1	21	51	72
MSILA		9	1		6		7	9	16
MASCARA	1	30			10		11	30	41
OUARGLA	7	25			7		14	25	39
ORAN	157	103	25	14	55	1	237	118	355
ALGERIE ENTIERE	745	1 255	129	106	546	31	1 420	1 392	2 812

* Sociétés nationales (Pétrole - Industries alimentaires - Sté Nationale gaz algérien, etc...).

Les médecins travaillant dans les secteurs sanitaires au niveau des hôpitaux, polycliniques etc... sont donc le support de l'exécution de la gratuité des soins mais parallèlement à cette médecine publique existe une médecine privée où le médecin exerce de la même manière que les médecins privés en France, avec consultations payantes. Le patient doit alors acheter ses médicaments soit dans les officines privées, soit dans les officines d'état. Il est ensuite remboursé par un système de sécurité sociale à 80 % et un système de mutuelle ou d'assurance complémentaire peut permettre un remboursement complet.

Il existe donc une médecine privée qui s'organise de la façon suivante : à la fin de ses études, le jeune médecin doit faire son service national. Celui-ci dure deux ans, comprenant six mois d'instruction militaire générale, puis un an et demi où le jeune médecin exerce son métier. Après ces deux ans accomplis, le médecin doit assurer cinq ans de "service civil" pendant lequel il travaille à temps plein dans le système de médecine publique. Il est alors affecté dans l'une ou l'autre des catégories de secteurs sanitaires.

Lorsque services militaire et civil sont accomplis, le médecin peut travailler en médecine privée mais pas de la même manière que dans le système français, car il doit assurer un mi-temps dans l'organisation publique gratuite et cela pendant toute la durée de sa vie professionnelle.

Nous pouvons préciser que dans le tableau précédent (sur les effectifs des médecins) ne figuraient que les médecins recensés au Ministère de la Santé. Il convient d'ajouter les médecins accomplissant leur service national et qui ne dépendent pas de ce ministère. Le nombre en est estimé à 400 environ, ce qui porte l'effectif des médecins à 3 212 dont 1 820 Algériens.

- Si au début de l'année 1976, le nombre des médecins se répartissait de façon à peu près égale entre médecins algériens et médecins étrangers, il semblerait que fin 1977 la proportion ait considérablement changé : en effet, si le nombre de médecins étrangers est resté au même niveau, il y aurait 73 % de médecins algériens sur la totalité de l'effectif médical.

- L'effectif médical s'améliore donc considérablement ; si en 1975 on comptait un médecin pour 6 000 habitants environ (soit un médecin algérien pour 12 763), fin 1977 il y a un Médecin pour 3 718 habitants (un médecin algérien pour 5 091).

- En ce qui concerne les Spécialistes, l'Algérie utilise encore essentiellement les services étrangers, il y avait en juillet 1976, en Algérie : 672 Spécialistes répartis ainsi :

- 151 Chirurgiens
- 16 Neurochirurgiens
- 2 Chirurgiens orthopédistes
- 71 Gynécologues
- 7 Urologues
- 20 Médecins Anesthésistes
- 6 Anatomo Pathologistes
- 39 Ophtalmologues
- 52 O.R.L.
- 89 Pédiatres
- 37 Phtisiologues
- 25 Dermatologues
- 26 Acupuncteurs
- 6 Cardiologues
- 2 Hématologues
- 18 Epidémiologues
- 71 Biologistes
- 67 Radiologues.

Cependant la répartition des médecins sur le territoire se fait de façon inégale, avec une concentration beaucoup plus importante dans le nord du pays, c'est à dire surtout dans les grandes villes proches de la mer, alors que plus au Sud, notamment dans la zone des hauts plateaux, le nombre des médecins est beaucoup moins important avec une population elle-même très dispersée.

Les tableaux suivants, en donnant quelques éléments démographiques, montreront la répartition des médecins au début de l'année 1976.

° °
°

POPULATION ESTIMEE PAR WILAYA
AU DEBUT DE L'ANNEE 1976

WILAYA	POPULATION
ADRAR	152 000
EL ASNAM	881 000
LAGHOUAT	293 000
OUM-EL-BOUAGJI	430 000
BATNA	593 000
BEDJAIA	597 000
BISKRA	497 000
BECHAR	138 000
BLIDA	796 000
BOUIRA	390 000
TAMANRASSET	450 000
TEBESSA	397 000
TLEMCEEN	641 000
TIARET	628 000
TIZI-OUZOU	916 000
ALGER	1 653 000
DJELFA	350 000
DJIJEL	543 000
SETIF	1 016 000
SAIDA	369 000
SIKIDA	492 000
SIDI-BEL-ABBES	542 000
ANNABA	441 000
GUELMA	621 000
CONSTANTINE	674 000
MEDEA	516 000
MOSTAGANEM	800 000
MSILA	444 000
MASCARA	442 000
OUARGLA	194 000
ORAN	624 000
ALGERIE ENTIERE	17 114 000

WILAYAT	TOTAL des MEDECINS	MEDECINS ALGERIENS		PAR WILAYAT en %*		HABITANTS pour 1 médecin	
		NOMBRE	%	ALG+ETR	ALG	ALG + ETR	ALG
ADRAR	11	9	81,8	0,4	0,6	13 818	16 838
EL-ASNAM	90	39	43,3	3,2	2,7	9 788	22 589
LAGHOUAT	29	8	27,5	1,0	0,6	10 103	36 625
OUM-EL-BOUAGHI	44	10	22,7	1,6	0,7	9 772	43 000
BATNA	62	18	29,0	2,2	1,3	9 564	32 944
BEDJAIA	64	23	35,9	2,3	1,6	9 328	25 956
BISKRA	34	12	35,2	1,2	0,8	14 588	41 333
BECHAR	27	11	40,7	1,0	0,8	5 111	12 545
BLIDA	114	49	42,9	4,1	3,5	6 982	16 244
BOUIRA	46	12	26,0	1,6	0,8	8 478	32 500
TAMANRASSET	6	3	50,0	0,2	0,2	7 500	15 000
TEBESSA	20	6	30,0	0,7	0,4	19 850	66 166
TLEMCEN	75	38	50,6	2,7	2,7	8 546	16 868
TIARET	60	25	41,6	2,1	1,8	10 466	25 120
TIZI-OUZOU	92	26	28,2	3,3	1,8	9 956	35 230
ALGER	773	598	77,3	27,5	42,1	2 138	2 734

* Sur la totalité des médecins d'Algérie.

WILAYAT	TOTAL des MEDECINS	MEDECINS ALGERIENS		PAR WILAYAT en %		HABITANTS pour 1 médecin	
		NOMBRE	%	ALG+ETR	ALG	ALG + ETR	ALG
DJELFA	30	8	26,6	1,1	0,6	11 666	43 750
DJIJEL	28	6	21,4	1,0	0,4	19 392	90 500
SETIF	82	23	28,0	2,9	1,6	12 390	44 173
SAIDA	38	9	23,6	1,3	0,6	9 710	41 000
SIKIKDA	50	7	14,0	1,7	0,5	9 840	70 285
SIDI-BEL-ABBES	59	19	32,2	2,1	1,3	9 186	28 526
ANNABA	123	27	21,9	4,3	1,9	3 585	16 333
GUELMA	62	10	16,1	2,2	0,7	10 016	62 100
CONSTANTINE	226	124	54,8	8,0	8,7	2 982	5 435
MEDEA	44	10	22,7	1,6	0,7	11 727	51 600
MOSTAGANEM	72	21	29,1	2,6	1,5	11 111	38 095
MSILA	16	7	45,7	0,6	0,5	27 750	63 428
MASCARA	41	11	26,8	1,5	0,8	10 780	40 181
OUARGLA	39	14	35,8	1,4	1,0	4 974	13 857
ORAN	357	237	66,7	12,6	16,8	1 757	2 632
ALGERIE ENTIERE	2 812	1 420	50,4	100,0	100,0	6 086	12 052

L'Algérie, pays jeune, compte donc environ 17 millions d'habitants sur un territoire immense couvrant une superficie de 2 295 033 kilomètres carrés. Cette population est très inégalement répartie puisque l'on estime (cf. Revue de la Santé publique de juillet 1976) que :

- 38 % des habitants sont dans la zone urbanisée et industrialisée correspondant à toutes les grandes villes au Nord du pays proche de la mer : Alger, Skikda, Constantine, Annaba, Oran, Tlemcen, Mostaganem (164 communes/691 - densité : 180 habitants/km²).

- 26 % dans les zones de transition : plaines, piémonts, hautes plaines, (176 communes/691 - densité : 120 habitants/km²).

- 36 % dans les zones les plus déshéritées - montagnes, steppe, sahara (351 communes/691).

(6 % de la population totale environ habiterait le Sahara qui représente 2 000 000 km²).

La population est inégalement répartie et l'on peut dire la même chose pour la démographie médicale avec une forte concentration dans les zones urbanisées aux dépens des zones déshéritées.

Des données statistiques peuvent montrer la jeunesse et la vitalité du pays.

- LE TAUX DE NATALITE

est d'environ 48 pour mille. Ce qui représente à peu près 700 000 gestantes par an.

La population de femmes en âge de procréer au début 1976 était estimée

à :

WILAYA	en milliers	WILAYA	en milliers
ADRAD	32	DJELFA	72
EL-ASNAM	182	DJIJEL	112
LAGHOUAT	61	SETIF	209
OUM-EL-BOUAGHI	89	SAIDA	76
BATNA	122	SKIKDA	102
BEJAIA	122	SIDI-BEL-ABBES	111
BISKRA	102	ANNABA	90
BECHAR	29	GUELMA	128
BLIDA	164	CONSTANTINE	139
BOUIRA	80	MEDEA	106
TAMANRASSET	9	MOSTAGANEM	165
TEBESSA	81	M'SILA	92
TLEMCEM	132	MASCARA	91
TIARET	130	OUARGLA	40
TIZI-OUZOU	189	ORAN	129
ALGER	340	ALGERIE ENTIERE	3 526

Le TAUX de REPRODUCTION : 3,7 pour mille.

Le TAUX BRUT de MORTALITE : 16 pour mille.

Le TAUX d'ACCROISSEMENT : 31 à 33 pour mille.

Ces données montrent donc la grande vitalité biologique de ce pays. Ce pays possède donc une population jeune ce qui est un avantage certain. Cependant si les enfants sont en grand nombre, ils n'en demeurent pas moins, comme ailleurs, fragiles aux agressions et comme d'autre part les conditions socio-économiques ne représentent pas toujours l'idéal, il en résulte un taux de mortalité infantile très élevé, ce qui reste un grand problème de la médecine dans ce pays.

LE SECTEUR SANITAIRE DE MAHDIA

Le secteur sanitaire de Mahdia est un secteur qui recouvre deux communes voisines sur une superficie d'environ 735 km² pour une population de 31 691 habitants.

Situées dans la région des Hauts-plateaux, les communes sont à 900 m d'altitude et ont une vocation essentiellement agricole à prédominance céréalière.

Administrativement, le secteur fait partie de la Wilaya de Tiaret, Daira de Tissemsilt. En effet, comme il a été vu précédemment, un secteur correspond en principe aux limites territoriales d'une Dairat, mais il est possible d'avoir plusieurs secteurs sanitaires par Dairat. La Dairat de Tissemsilt comprend donc deux secteurs sanitaires :

- . Celui de Tissemsilt
- . et celui de MAHDIA.

On peut souligner deux particularités :

. Territoire immense d'où difficultés pour les malades à se faire soigner, d'autant plus que, à cause d'un manque de personnel médical et paramédical, l'équipe soignante sera obligée à un statisme relatif au niveau du secteur de Mahdia. Bien souvent des malades dans des villages éloignées, ayant des problèmes de transport, ne pourront bénéficier de leur service.

. Autre particularité : une population très jeune puisqu'à peu près une personne sur deux a moins de 17 ans.

° °
°

DONNEES GEO-DEMOGRAPHIQUES DES COMMUNES

MAHDIA

est une commune de 399 km² composée à 95 % de cultures.

De par sa situation au niveau des Hauts-Plateaux, la commune dispose de conditions climatiques très défavorables par rapport au reste du pays avec un été souvent sec et très chaud et un hiver relativement froid.

On peut noter comme prédominantes climatiques :

Siroco	45 jours par an
Gel	45 jours par an
Enneigement	4 jours par an
Pluie	75 jours par an
Pluviométrie	400 mm/an

- POPULATION

Il existe 22 223 habitants dans la commune, le chef-lieu comprenant lui-même 12 112 habitants, alors que 10 111 personnes vivent dans les fermes ou hameaux avoisinants.

La répartition de la population selon les tranches d'âges se fait comme suit :

0 à 5 ans	5 350
6 à 16 ans	6 921
17 à 59 ans	8 620
60 ans et plus	1 332

soit donc plus d'un habitant sur deux ayant moins de 17 ans.

La population active :

	Chef-lieu	hors chef-lieu	TOTAL
Administrations	91	-	191
Agriculture	388	1 644	2 032
Industrie	176	-	176
Bâtiments	257	-	257
Commerce	131	10	141
Service	82	24	106
Autres	22	22	44
TOTAL	1 247	1 700	2 947

- Naissance en 1976 : 1 290
 - . soit un taux de natalité de 57 pour mille.
 - . la moyenne nationale étant d'environ de 48 pour mille.
- Décès en 1976 : 278
 - . soit un taux de mortalité de 14 pour mille.
 - . la moyenne nationale étant de 16 pour mille.
- Il en résulte un taux d'accroissement de 43 pour mille.
 - . la moyenne nationale étant de 31 pour mille.

HAMADIA

- Distante de 11 km de Mahdia et couvrant une superficie de 336 km², la commune de Hamadia a, elle aussi, une vocation agricole.

- POPULATION

- Cette commune est plus petite que la précédente ne comptant que 9 468

habitants avec 3 200 dans le chef-lieu et 6 268 habitants hors chef-lieu.

- La répartition selon les tranches d'âge se trouve comme suit :

de 0 à 5 ans	1 812
6 à 16 ans	2 568
17 à 59 ans	3 293
60 ans et plus	1 795
Total	<u>9 468</u>

- LA POPULATION ACTIVE :

- Agriculture	1 498
- Commerce	75
- Service et Administrations	126
Total	<u>1 699</u>

- Naissance en 1976 : 323

. soit un taux de natalité de 34,1 pour mille

- Décès en 1976 : 84

. soit un taux de mortalité de 8,8 pour mille

LE SECTEUR SANITAIRE

- COMPOSITION DU SECTEUR SANITAIRE DE MAHDIA

- Un hôpital de 98 lits (Mahdia).
 - Une polyclinique (Mahdia)
 - Deux centres de santé (Mahdia - Bougara)
 - Trois salles de consultations (Sebain - Si-Haoues - Hamadia)
 - Deux PMI (Mahdia - Hamadia)
 - Un DAT (dispensaire anti-tuberculeux) (Mahdia).
-

- PERSONNEL

Le personnel médical et paramédical est sans doute ce qui pose le plus de problèmes à la bonne marche du Secteur Sanitaire. En effet, pour un nombre d'habitants relativement important, assez dispersés sur un vaste territoire, si l'infrastructure (hôpital, polyclinique, salles de consultations, etc...) correspond aux besoins de la population, le personnel semble pour sa part fort insuffisant pour apporter parfois seulement l'essentiel.

Si l'on se réfère à une estimation faite par le ministère de la santé publique concernant les besoins théoriques d'un Secteur sanitaire couvrant 100 000 habitants :

Pour :	Médecin Pharmac. Dentiste	In- firmier	AMSP*	Aides- soignants	Sages- Femmes	Labor.	Manipul. R.X.	Aides- Prépar. Pharm.	Agents Techn. Assainis	Autres
100 000 habitants	46	87	20	67	38	13	13	4	10	10
18 millions (en 1980)	8 280	15 660	3 600	12 060	6 840	2 340	2 340	720	1 800	1 800

* Aides médicaux de Santé publique.

- L'effectif dans le Secteur sanitaire de Mahdia est évidemment bien loin de cette théorie puisque l'on trouve :

E F F E C T I F

PERSONNEL MEDICAL	THEORIQUE	REEL	
Médecin Généraliste	7	2 plein-temps 1 mi-temps	Etrangers Algérien
Chirurgien-Dentiste	2	0	
Pharmacien	2	0	

- Donc trois médecins pour environ 33 000 habitants (dont 1 des 3 médecins ne travaillant qu'à mi-temps pour le Secteur Public) ce qui représente un Médecin pour 11 000 habitants.

- La moyenne nationale est de 1 médecin pour 6 986 habitants, et l'on peut souligner la dispersion de la population sur 735 kilomètres carrés (par exemple le secteur sanitaire d'Oran, représenté uniquement par la ville elle-même, compte 1 médecin pour 1 757 habitants...).

- Le personnel paramédical est lui aussi insuffisant :

PERSONNEL PARAMEDICAL	E F F E C T I F		S I T U A T I O N	
	Théorique	Réel	Titulaire	Stagiaire
Technicien paramédical (AMSP)	3	2	2	-
Sages-femmes	3	-	-	-
Agent technique d'assainissement	1	-	-	-
Assistante sociale	1	-	-	-
Para-médicaux	30	19	15	4
Aides paramédicaux	40	23	19	4

L ' H O P I T A L

L'hôpital de Mahdia est un petit hôpital de 98 lits, répartis de la façon suivante :

- Médecine Hommes : 30 lits dont 5 de phtisiologie
- Médecine Femmes : 35 lits dont 5 de phtisiologie
- Maternité : 20 lits
- Pédiatrie : 13 lits.

Son importance correspond cependant aux besoins de la population. En effet, le nombre de lits disponibles à la population se trouve dans les normes du pays.

Si l'on considère l'indice lits/population (nombre de lits pour 1 000 habitants)

- | | |
|---|--------|
| - Indice lits/population de MAHDIA | : 2,9 |
| - Indice lits/population de l'en-
semble du pays | : 2,57 |
| - Indice lits/population de la
Wilaya de TIARET | : 2,13 |

- On peut comparer ces indices/population dans les différentes WILAYATES avec le tableau suivant :

INDICE LITS / POPULATION

	Nbre de lits	Indice		Nbre de lits	Indice		Nbre de lits	Indice
ADRAR	235	1,54	TEBESSA	573	1,44	ANNABA	2 429	5,50
EL-ASNAM	1 739	2,07	TLEMCEM	1 542	2,40	GUELMA	1 219	1,96
LAGHOUAT	475	1,62	TIARET	1 341	2,13	CONSTANTINE	2 591	3,84
OUM-EL-BOUAGHI	790	1,80	TIZI-OUZOU	2 609	2,84	MEDEA	978	1,89
BATNA	1 065	1,79	ALGER	5 647	3,41	MOSTAGANEM	1 056	1,32
BEDJAIA	620	1,04	DJELFA	370	1,05	MSILA	293	0,65
BISKRA	930	1,87	DJIJEL	433	0,79	MASCARA	1 407	3,18
BECHAR	473	3,42	SETIF	1 454	1,43	OUARGLA	692	3,56
BLIDA	5 224	6,56	SAIDA	571	1,54	ORAN	3 241	5,19
BOUIRA	1 089	2,79	SKIKDA	1 470	2,98	ALGERIE ENTIERE	44 135	2,57
TAMANRASSET	141	3,13	SIDI-BEL-ABBES	1 438	2,65			

Pour l'année 1976 l'activité de l'hôpital est résumée par le tableau suivant :

SPECIALITES	E N T R A N T S			S O R T A N T S			JOURNEES D'HOSPITALISATION		NOMBRE DE
	Hommes	Femmes	Enfants	Hommes	Femmes	Enfants			
Médecine Générale	126	156	15	114	133	7	1 ^{er} trimestre	Mois de janvier 1976	4 578
Maternité	-	243	-	-	206	-		Mois de février	2 579
Pédiatrie	-	-	57	-	-	49		Mois de mars	2 250
Contagieux	-	-	-	-	-	-			
Total	126	399	72	114	339	56		Total	8 407
Médecine Générale	126	130	20	129	129	33	2 ^e trimestre	Mois d'avril	1 238
Maternité	-	186	-	-	188	-		Mois de mai	1 334
pédiatrie	-	-	44	-	-	38		Mois de juin	1 492
Contagieux	-	-	-	-	-	-			
Total	126	316	64	129	317	61		Total	4 064
Médecine Générale	114	104	17	114	111	17	3 ^e trimestre	Mois de juillet	1 573
Maternité	-	221	-	-	228	-		Mois d'août	1 344
Pédiatrie	-	-	34	-	-	38		Mois de septembre	833
Contagieux	1	3	-	1	3	-			
Total	115	328	51	115	342	55		Total	3 750
Médecine Générale	95	102	23	89	102	19	4 ^e trimestre	Mois d'octobre	1 002
Maternité	-	161	-	-	164	-		Mois de novembre	1 156
Pédiatrie	-	-	34	-	-	38		Mois de décembre	1 276
Contagieux	-	-	-	-	-	-			
Total	95	263	57	89	266	57		Total	3 434
TOTAUX GENERAUX	462	1 306	244	437	1 264	229		TOTAUX	19 655
		2 012			1 930				

- En prenant pour base le tableau précédent, on peut étudier quelques données sur le fonctionnement de l'hôpital :

- LE TAUX DE FREQUENTATION HOSPITALIERE :

- Il correspond au nombre de malades entrés pour 1 000 habitants ; il est dans le secteur de Mahdia :

TAUX DE FREQUENTATION HOSPITALIERE

= 60,9

- Comparativement dans les autres Wilaya :

ADRAR	23,67	TEBESSA	23,41	ANNABA	92,50
EL-ASNAM	39,08	TLEMCEN	44,27	GUELMA	43,38
LAGHOUAT	36,74	TIARET	37,36	CONSTANTINE	85,95
OUM-EL-BOUAGHI	42,11	TIZI-OUZOU	54,92	MEDEA	33,34
BATNA	38,69	ALGER	69,79	MOSTAGANEM	34,68
BEDJAIA	36,66	DJELFA	19,76	MSILA	25,18
BISKRA	50,58	DJIJEL	22,17	MASCARA	47,86
BECHAR	52,56	SETIF	39,53	OUARGLA	73,47
BLIDA	54,55	SAIDA	43,83	ORAN	59,16
BOUIRA	59,34	SKIKDA	57,98	ALGERIE ENTIERE	47,64
TAMANRASSET	51,60	SIDI-BEL-ABBES	61,13		

Le Coefficient d'Occupation des lits :

Ou rapport entre le nombre réel de journées d'hospitalisation et le nombre théorique de journées d'hospitalisation possible sur l'Année.

COEFFICIENT D'OCCUPATION DES LITS

DU SECTEUR SANITAIRE DE MAHDIA

= 54,9

ADRAR	60,1	TEBESSA	73,40	DJEFA	60,73
EL-ASNAM	75,37	TLEMSEN	50,59	DJIJEL	73,73
LAGHOUAT	68,31	TIARET	70,69	SETIF	72,62
OUM-EL-BOUAGHI	45,01	TIZI-OUZOU	58,99	SAIDA	73,64
BATNA	66,78	ALGER	71,51	SKIKDA	65,64
BEDJAIA	82,76	MEDEA	48,15	SIDI-BEL-ABBES	59,74
BISKRA	68,14	MOSTAGANEM	57,36	ANNABA	81,21
BECHAR	50,16	M'SILA	87,71	GUELMA	65,96
BLIDA	42,81	MASCARA	47,16	CONSTANTINE	67,20
BOUIRA	67,10	OUARGLA	55,00	ALGERIE ENTIERE	62,61
TAMANRASSET	53,48	ORAN	53,85		

- La durée moyenne de séjour

DUREE MOYENNE DE SEJOUR

DANS LE SECTEUR SANITAIRE DE MAHDIA :

= 9,7 JOURS

ADRAR	14,33	TEBESSA	16,51	ANNABA	17,64
EL ASNAM	13,89	TLEMCEN	10,03	GUELMA	10,89
LAGHOUAT	10,99	TIARET	14,74	CONSTANTINE	10,98
OUN EL BOUAGHI	7,16	TIZI OUZOU	11,76	MEDEA	9,98
BATNA	11,31	ALGER	14,66	MOSTAGANEM	7,96
BEDJAIA	8,55	DJELFA	11,86	M'SILA	8,38
BISKRA	9,21	DJIJEL	9,67	MASCARA	11,44
BECHAR	12,04	SETIF	9,59	OUARGLA	9,74
BLIDA	18,79	SAIDA	9,48	ORAN	18,69
BOUIRA	11,52	SKIKDA	12,34	ALGERIE ENTIERE	12,35
TAMANRASSET	11,85	SIDI-BEL-ABBES	9,46		

- LE TAUX DE LETALITE

Il est égal au rapport entre le nombre de personnes décédées à l'hôpital pour 1 000 sortants. Pour l'année 1976, il y a eu dans l'hôpital de Mahdia 67 décès et 1 930 sortants.

$$\text{TAUX DE LETALITE} = \approx 34,7 \%$$

V I L L E S				V I L L E S			
ADRAR	3 463	187	53,99	DJELFA	6 923	287	41,15
EL ASNAM	34 394	1 158	33,66	DJIJEL	12 079	314	25,99
LAGHOUAT	10 472	508	48,51	SETIF	41 683	1 178	28,26
OUM EL BOUAGHI	16 589	372	22,42	SAIDA	16 304	416	25,51
BATNA	22 371	683	23,25	SKIKDA	20 768	490	23,59
BEJAIA	20 767	673	32,40	SIDI-BEL-ABBES	33 390	524	15,69
BISKRA	25 156	1 012	40,22	ANNABA	40 942	990	24,18
BECHAR	7 078	362	51,14	GUELMA	27 022	573	21,20
BLIDA	56 921	1 113	19,55	CONSTANTINE	26 496	1 059	39,96
BOUIRA	23 501	559	24,09	MEDEA	25 424	465	18,28
TAMANRASSET	2 121	87	41,01	MOSTAGANEM	28 280	819	28,96
TEBESSA	9 609	391	40,69	M'SILA	11 165	341	30,54
TLEMCEN	28 390	689	24,26	MASCARA	19 677	283	14,38
TIARET	23 278	481	20,66	OUARGLA	14 235	490	34,42
TIZI-OUZOU	50 011	1 336	26,71	ORAN	43 637	985	22,57
ALGER	95 267	4 177	43,84	ALGERIE ENTIERE	797 113	23 002	28,85

- Une étude a été faite à l'échelon national pour l'année 1975 sur la répartition des décès selon les disciplines.

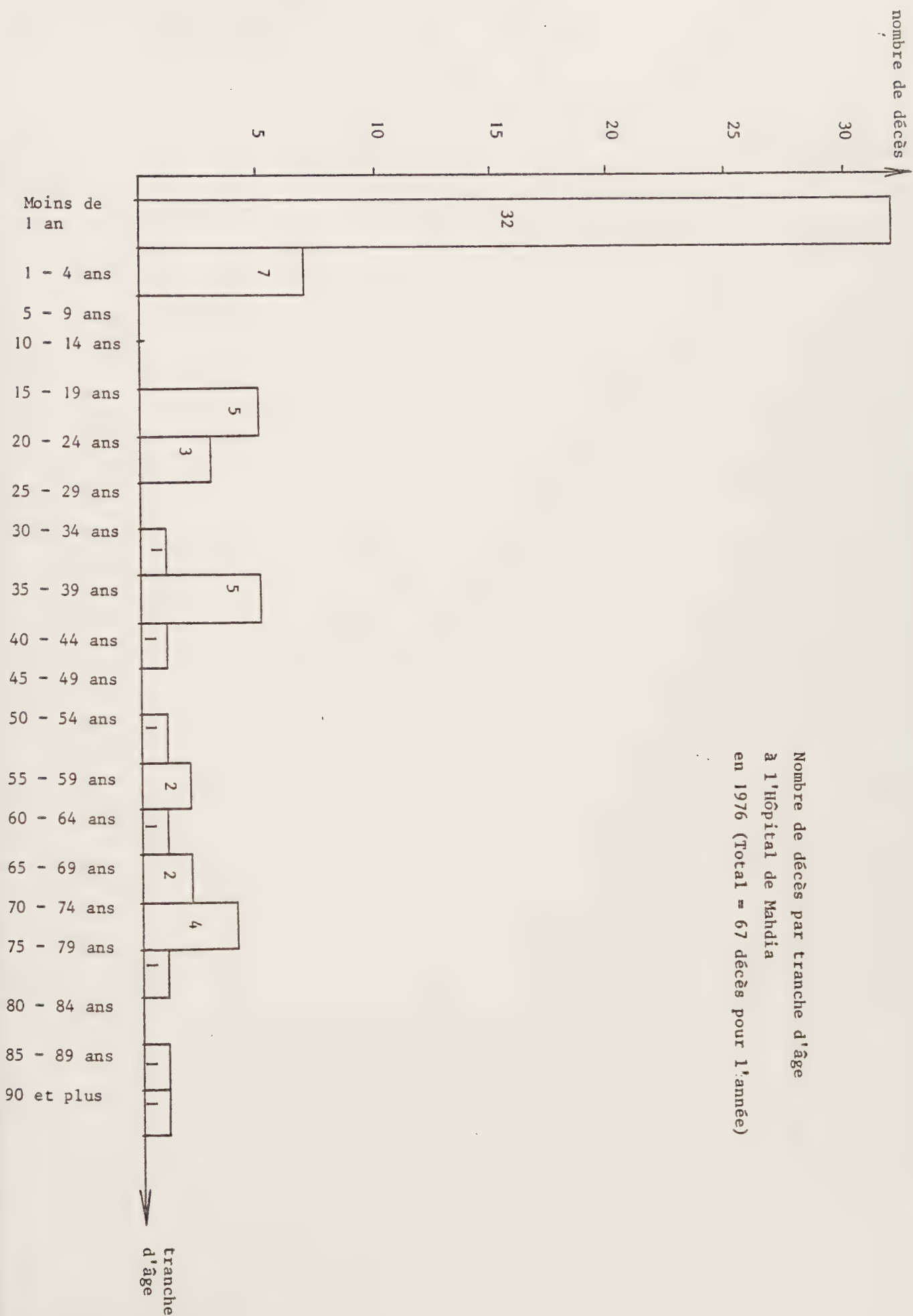
DISCIPLINES	Nombre de lits	%	Nombre d'admissions	%	Nombre de décès	%	Taux de létalité
Méd. Générale	10 086	22,85	194 435	23,83	6 395	27,80	32,13
Pédiatrie	3 229	8,90	80 520	9,86	8 631	37,52	105,55
Pneumo-Phtisiol.	5 645	12,79	31 726	3,88	1 110	4,82	36,24
Psychiatrie	6 684	15,14	20 394	2,49	288	1,25	14,09
Neurologie	148	0,33	1 030	0,13	89	0,38	60,21
Dermatologie	444	1,04	3 544	0,43	36	0,15	10,30
Contagieux	981	2,22	8 912	1,09	1 008	4,38	75,30
Rhumatologie	73	0,16	476	0,06	-	-	-
Rééducation	309	0,70	1 810	0,22	9	0,04	5,22
Maternité	3 843	8,70	237 148	29,06	793	3,44	3,43
O . R . L .	891	2,01	24 274	2,97	118	0,57	5,08
Ophtalmologie	1 337	3,02	25 764	3,15	70	0,30	4,23
Urologie	268	0,64	3 152	0,38	79	0,34	22,04
Gynécologie	991	2,24	63 826	7,84	173	0,75	3,23
Neuro-Chirurgie	195	0,44	2 874	0,35	453	1,97	82,30
Chirurgie	6 539	14,81	115 975	14,22	3 750	16,30	31,68
Autres	1 772	4,01	186	0,02	-	-	-
Ensemble	44 135	100,00	816 046	100,00	23 002	100,00	28,85

L'information la plus notoire du tableau précédent concerne la pédiatrie. En effet pour un pourcentage de lits restreints (moins de 9 %) et un pourcentage d'admissions du même ordre (moins de 10 %), la pédiatrie compte le nombre de décès le plus élevé par discipline et par conséquent un taux de létalité très élevé. Cela souligne un point important de la médecine en Algérie : une mortalité infantile très élevée.

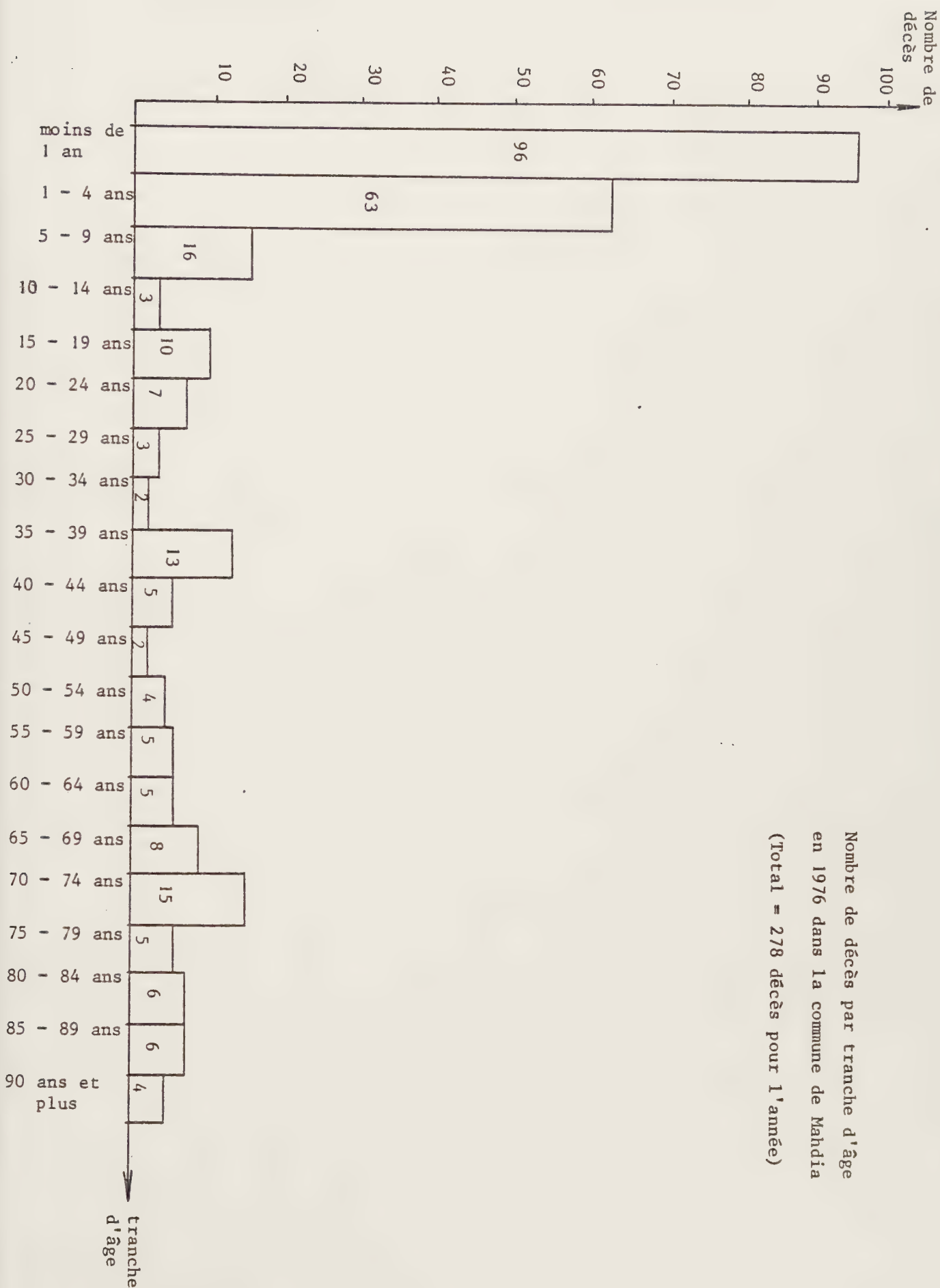
Si l'on considère les décès pendant l'année 1976 à l'hôpital de Mahdia, ils furent au nombre de 67. Or, sur ces 67 décès, 39 étaient des enfants de moins de 5 ans, ce qui représente plus de la moitié des décès.

Un tableau sur les décès par tranche d'âge pourra souligner ce fait :

- . le premier : pour les décès de l'hôpital,
- . le second pour les décès de la commune de Mahdia.

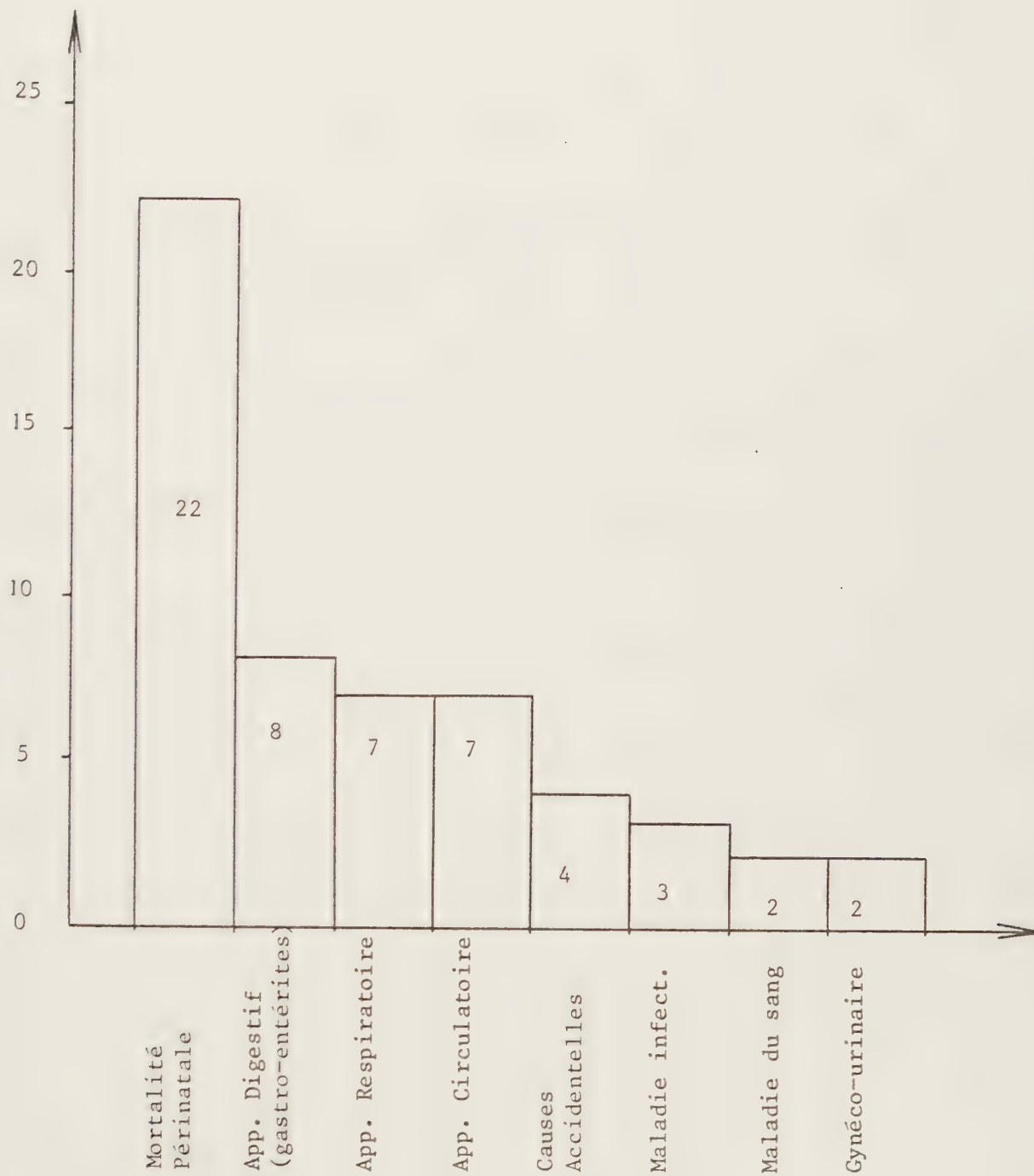


Nombre de décès par tranche d'âge
à l'Hôpital de Mahdia
en 1976 (Total = 67 décès pour l'année)



Nombre de décès par tranche d'âge
en 1976 dans la commune de Mandia
(Total = 278 décès pour l'année)

LES CAUSES DE DECES EN 1976 A L'HOPITAL DE MAHDIA

Nombre de
cas

- Une étude à l'échelon national (Revue de la Santé Publique de juillet 1976) a été faite sur les causes de mortalité en milieu hospitalier .

A G E S	S E X E	
	M A S C U L I N	F E M I N I N
moins de 1 an	Aff. Respiratoires M. Infect. et Parasit. Morbidity Périnatale (65,3 %)	M. Infect. et Parasit. Aff. Respiratoires Morbidity Périnatale (66,7 %)
1 - 4 ans	M. Infect. et Parasit. Aff. Respiratoires (60,1 %)	idem (64,4 %)
5 - 9 ans	M. Infect. et Parasit. Affect. Respiratoires Accidents (65,5 %)	idem (67,1 %)
10 - 14 ans	Accidents M. Infect. et Parasit. (52,7 %)	M. Infect. et Parasit. Accid. Aff. Respirat. (58,9 %)
15 - 19 ans	Accid. M. Infect. et Parasit. Parasit. Aff. de l'App. Digestif (52,6 %)	M. Infect. et Parasit. Accidents Aff. Respiratoires (62,6 %)
20 - 24 ans	M. Infect. et Parasit. Accidents Aff. de l'App. Digestif (57,7 %)	M. Infect. et Parasit. Complications Grossesse Aff. App. Respir. et Digest. (59,0 %)
45 - 54 ans	M. Infect. et Parasit. Affect. App. Digestif Aff. App. Circulatoire Aff. Respiratoires (60,7 %)	Aff. de l'App. Digest. Aff. de l'App. Circulatoire M. Infect. et Parasit. (59,6 %)

LA MORTALITE INFANTILE

Les tableaux précédents soulignent bien l'importance de ce fait. A l'échelon national, on considère un taux de mortalité globale pour l'année 1976 de 16 pour 1000 avec un taux de mortalité infantile à 116 pour 1000.

On peut essayer de dégager quelques raisons à ce problème.

- LA MALNUTRITION

vient évidemment en premier, sinon comme cause directe, mais au moins comme grand facteur favorisant.

- LE MILIEU CULTUREL ET SOCIAL

avec notamment un analphabétisme source de difficultés, et d'erreurs parfois graves dans l'élaboration d'un traitement donné ; également un fatalisme et une manière de réagir particulière face à la maladie et à la mort.

- L'ENVIRONNEMENT

avec le problème des logements surpeuplés par des familles fort nombreuses, vivant souvent de façon précaire.

LA MALNUTRITION

L'enfant mal nourri se trouve beaucoup plus fragile face aux agressions notamment la maladie et lorsque celle-ci paraît, il réagit beaucoup moins bien. Si les enfants ne meurent plus de faim au sens propre du terme, ils meurent, par contre, souvent d'avoir mal mangé.

En effet souvent on mange peu et on mange mal. Dans la revue de la Santé Publique de juillet 1976 on peut noter une étude faite pour l'année 1973 et qui montre :

POUR UNE PERSONNE ET PAR JOUR	MILIEU URBAIN	MILIEU RURAL	MOYENNE NATIONALE
APPORT CALORIQUE	2 800 cal	1 850 cal	2 312 cal
APPORT PROTIDIQUE	84,6 gr	58,1 gr	66,5 gr
<u>PROTEINES VEGETALES</u> PROTEINES ANIMALES	4,4	14,2	6,9

Il faut également rappeler qu'en Europe l'apport calorique est d'environ 2 500 cal. avec un rapport protéines végétales sur protéines animales égal environ à 2. Certes, les choses ont évolué depuis 1973, mais même sans données officielles depuis cette date on peut douter que le retard soit complètement comblé.

Mais si l'on mange mal, cela ne dépend pas de mauvaises habitudes culinaires mais le plus souvent de l'impossibilité financière de pouvoir faire autrement. En effet il faut considérer que la plupart des familles sont nombreuses, comptant au moins cinq ou six enfants, et que dans ces familles bien souvent, seul le père de famille travaille ayant parfois à sa charge encore ses propres parents. Il n'a malheureusement pas été possible de donner un éventail des salaires, mais on peut donner cependant un exemple concret : une infirmière, qui représente dans le pays

une position sociale moyenne relativement bonne, gagne environ 750 DA (750 FF) par mois. Or, le coût de la vie n'est pas tellement inférieur à celui d'un pays comme la France, avec par exemple :

VIANDE	30 à 35 DA le kg	ORANGE	2 DA le kg
PAIN	0,80 DA le pain de 400 g	TOMATE	2 DA le kg
BEURRE	12 DA le kg	POMMES DE TERRE	1,60 DA le kg
LAIT	1,70 DA le litre	CAROTTES	2,50 DA le kg
CAFE	21 DA le kg	COUSCOUS	4 DA le kg
HUILE	2,50 DA le litre	PETITS POIS	4 DA le kg
SUCRE	1,70 DA le kg	HARICOTS	5 DA le kg
CONFITURE	4 DA le kg	LENTILLES	3,50 DA le kg
CHOCOLAT	15 DA le kg	POIS CHICHES	3,50 le kg
SARDINES	2,50 DA la boîte	CHOUX	2 DA le kg
PATES	2,80 le kg	CHOUX-FLEURS	3 DA le kg
RIZ	3,50 DA le kg		

On peut donc comprendre les difficultés que peuvent avoir ces familles non pas à se bien nourrir mais à se nourrir tout simplement.

Outre ces raisons bien suffisantes à la malnutrition, il nous a été permis de constater un fait assez surprenant : si l'allaitement maternel est de loin l'aliment le plus adéquat lors des premiers mois de la vie, on sait que par la suite ce mode d'alimentation devient nettement insuffisant. Or nous avons constaté assez fréquemment des enfants nourris uniquement au sein, avec des résultats très peu satisfaisants, à l'âge de 2 ans, voire même de 3 ans. Nous avons évoqué tout d'abord la raison précédente et donc le manque d'argent, mais par l'interrogatoire systématique de ces mères nous avons pu voir une autre raison : l'allaitement au sein est connu comme un moyen, peu sûr par ailleurs, de contraception. Ce moyen semble bien connu dans le milieu rural du secteur sanitaire de Mahdia, il est malheureusement fort employé avec de piètres résultats sur le développement des enfants.

LE MILIEU CULTUREL ET SOCIAL

Dans ce concept de milieu culturel et social sont regroupés des faits qui semblent être des facteurs aggravants en ce qui concerne la mortalité infantile.

Tout d'abord l'analphabétisme : en effet cela représente sans aucun doute une difficulté, car si la personne malade a pu venir consulter un médecin, et dans le meilleur cas, si ce médecin a pu faire un diagnostic précis et donner un traitement bien adapté, la partie n'est pas encore gagnée. Il faut encore que ce traitement puisse être réalisé de façon précise et exacte, et si l'on ne sait pas lire et qu'on a des difficultés à trouver dans l'entourage quelqu'un pour lire l'ordonnance, les résultats ne sont pas toujours probants.

Le taux d'analphabétisme est donc important. On peut trouver dans la revue de la Santé Publique de juillet 1976, une étude statistique faite à l'échelon national pour l'année 1974 sur l'alphabétisme :

TAUX D'ALPHABETISME

GROUPES D'AGE	SEXE MASCULIN	SEXE FEMININ	T O T A L
15 - 19 ans	68,9 %	37,8 %	53,6 %
35 - 39 ans	32,4 %	4,3 %	17,1 %

Certes un effort considérable de scolarisation et d'alphabétisme est actuellement en cours de réalisation mais le retard n'est pas encore comblé surtout dans le domaine rural dont fait partie le Secteur Sanitaire de Mahdia.

Pour essayer de pallier à ces difficultés, on essaye de faire expliquer à plusieurs reprise les indications de l'ordonnance, en faisant répéter à l'intéressé, de manière à ce que cela soit "su par coeur" et surtout on propose l'hospitalisation qui permet non seulement une élaboration correcte des prescriptions mais également une certaine éducation sanitaire : par exemple si une mère amène un enfant présentant une diarrhée, si l'hospitalisation est acceptée même pour un temps

court, cela permet plusieurs choses. Premièrement la mère est hospitalisée en même temps que son enfant (cela se faisant habituellement à cause du manque de personnel) on peut surveiller l'enfant et arrêter l'évolution des troubles ; enfin cela permet d'apprendre à la mère (car on lui demande de le faire avec l'infirmière) quelques petites règles d'hygiène pour faire face à une diarrhée : arrêter le lait, donner de l'eau de riz, préparer l'eau de riz, faire bouillir les biberons, etc... Si quelques jours d'hospitalisation ont pu permettre à la mère de comprendre ces données, on peut espérer que par la suite, cela pourra servir à l'enfant ou aux autres enfants à venir. Malheureusement, l'hospitalisation, si elle nous a semblé une chose intéressante, n'est pas toujours possible : comme il a été souligné précédemment les familles sont d'une façon générale nombreuses, les enfants sont d'âge rapproché et la mère a des difficultés à abandonner le reste de la famille, même pour quelques jours.

Sans doute lié au facteur précédent d'analphabétisme, une autre chose tend à aggraver la mortalité infantile : la méconnaissance des troubles ou plutôt la méconnaissance de la gravité des troubles. Peut-être les parents sont-ils plus ou moins habitués à cotoyer des enfants rachitiques ou malades, mais ils négligent souvent assez longtemps certains signes et amènent malheureusement leur enfant après une déjà longue évolution de la maladie ; on peut évidemment qualifier ces cas cliniques d'"historiques" mais les possibilités thérapeutiques sont alors minimes sinon inexistantes...

On se heurte également à une autre difficulté : le fatalisme face à la maladie et à la mort. La maladie et la mort sont vécus comme quelque chose de fort, de "plus fort". Souvent face à ce problème, une expression vient souvent "c'est plus fort". Il y a certes une part de vérité et de sagesse, la médecine a ses limites, mais cela aboutit un peu trop souvent à une attitude défaitiste. La maladie est "plus forte" l'enfant va mourir et ce n'est donc pas la peine de se battre, d'où refus d'hospitalisation. Dans le même ordre d'idées, lorsqu'il y a des risques mortels, on retrouve fréquemment un mode de réaction : la famille a en effet une place importante sur le plan social. La mort de quelqu'un est un évènement familial et l'on se doit de mourir au sein même de sa famille et non à l'extérieur par exemple l'hôpital. La réaction est alors souvent très stéréotypée face à un cas où il y a un risque mortel : le refus d'hospitalisation ou la sortie sur décharge si le malade était déjà hospitalisé.

Enfin, on peut évoquer une méconnaissance des règles d'hygiène les plus

élémentaires, source là encore de difficultés. Cependant cette méconnaissance est souvent plutôt une difficulté de réalisation. Il est en effet aisé de se laver les mains lorsqu'il suffit de tourner un robinet, que les eaux usées s'évacuent dans des égoûts et que la maison est construite en matériaux d'un nettoyage facile. Cependant on peut également habiter avec une famille nombreuse dans un logement au sol en terre battue n'ayant ni eau courante ni électricité : laver les mains et la figure d'un enfant avant de manger peut alors poser quelques problèmes.

L'ENVIRONNEMENT

Ce paragraphe pour essayer de compléter les données précédemment citées.

Tout d'abord les logements, ils sont souvent petits pour des familles nombreuses. Cela engendre une promiscuité source de propagation de la maladie, d'autant plus que ces logements n'ont pas toujours le confort espéré.

On retrouve dans la revue de la Santé Publique de juillet 1976 que 66,9 % des habitations ne disposent pas de l'eau courante et que celles qui ont la chance de l'avoir ne l'ont pas de façon permanente pendant l'été.

On peut noter également que plus de 50 % des logements sont dépourvus d'installations sanitaires et d'installation pour l'évacuation.

Outre ces problèmes de logements, on peut enfin évoquer la dispersion des malades ou la trop grande concentration des médecins et du personnel soignant. Il est infiniment plus simple de se faire soigner lorsque l'on habite Oran, qui compte un médecin pour 1 757 habitants, plutôt que dans le secteur sanitaire de Mahdia avec ses deux médecins plein-temps et le médecin mi-temps (tous trois à Mahdia) pour 33 000 habitants répartis sur 735 kilomètres carrés. Si dans une ferme à plusieurs kilomètres de Mahdia, un enfant est malade, on n'aura souvent aucun moyen de locomotion et on attendra l'"occasion" d'aller à la consultation, ce qui prendra parfois malheureusement longtemps.

° ° ° ° °

On peut également parler de quelques causes intéressantes de façon plus précise les Hauts-Plateaux et le Secteur Sanitaire de Mahdia.

. D'une part des données climatologiques avec des saisons très tranchées, un été chaud, étouffant lorsque souffle le Siroco et un hiver froid, humide, venté : climat peu facile à supporter pour des adultes à fortiori pour des enfants.

. D'autre part, la composition des malades fréquentant le Secteur Sanitaire : en effet, pendant la saison chaude, la population est considérablement augmentée par des nomades qui remontent du Sud. Ces gens ont le triste privilège d'accumuler tous les facteurs favorisants évoqués précédemment, ce qui a parfois des conséquences catastrophiques.

LE DISPENSAIRE ANTI-TUBERCULEUX

La lutte contre la tuberculose reste un problème majeur de la santé en Algérie.

Quelques chiffres notés dans le Revue de la Santé publique de juillet 1976 permet de situer le problème.

L'incidence annuelle de l'infection (risque annuel d'infection) se situe entre 2 et 3 %.

Le taux de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire est de 120 à 180 pour 100 000 habitants pour l'année.

En ajoutant les localisations extra-pulmonaires cela représente environ 30 000 cas nouveaux par an dont 20 000 cas de tuberculose pulmonaire contagieuse.

Il est donc nécessaire, face à cette maladie de mettre en place des moyens de lutte très codifiés de manière à enrayer son évolution. Ces moyens ont été pris et commencent déjà à porter leurs fruits.

Cette lutte porte essentiellement à trois niveaux :

- . le dépistage
- . le traitement
- . la prévention.

- LE DEPISTAGE

Il a pour but d'identifier les sources de contagion de façon à les éliminer par le traitement, l'objectif est donc essentiellement de trouver les tuberculeux

pulmonaires cracheurs de bacilles, malades qui sont les plus dangereux pour leurs entourages.

Le Secteur Sanitaire de Mahdia possède donc pour cette lutte une structure particulière : le dispensaire anti-tuberculeux qui a, à sa disposition :

- . Une salle de consultation
- . Un appareil radioscopique
- . L'appareil de radiographie de la Polyclinique
- . Un infirmier qui aide le Médecin lors des consultations et qui est surtout chargé de l'exécution des soins et des intradermo-réactions
- . Deux Microscopistes pour l'examen des crachats.

Les malades suivis au D.A.T. sont :

- . soit des tuberculeux connus et suivis régulièrement au centre,
- . soit des malades consultant pour des troubles pulmonaires suspects.
- . soit des malades pour lesquels un image radiologique anormale a été trouvée lors d'un examen systématique.

Les consultations dans ce centre ont lieu une journée par semaine, cela ne veut évidemment pas dire que les structures sont strictes et que, en dehors de ce jour, on n'a pas le droit d'être tuberculeux ; cela souligne au contraire l'importance donnée à la maladie. En effet chaque jour un Médecin du Secteur s'occupe de l'hôpital et des urgences pendant que l'autre assure les consultations. Donc dans le rythme de travail, le Médecin s'occupant des consultations consacre une journée entière aux malades tuberculeux ou suspects.

Le dépistage se fera donc dans le cadre de cette structure mais également lors des consultations journalières.

Le médecin se sert alors de quatre armes :

- . l'examen clinique
- . l'examen radiologique
- . l'examen direct des crachats
- . l'intradermoréaction.

Ces moyens sont la base même du dépistage de la maladie c'est ainsi que l'on considère que 80 % des malades reconnus comme tuberculeux en Algérie, le sont, parce que l'on a trouvé les B.K. dans les crachats. Pour les 20 % restants, le diagnostic ne se fait que sur un faisceau de présomptions (Clinique, radiologique, I.D.R. positive avec B.C.G. non fait).

Dans ce cas des ensemencements sur Loewenstein Gensen seront pratiqués mais cela uniquement dans les grands centres avec personnel qualifié.

- LE TRAITEMENT

Lorsque le malade a été dépisté et que sa maladie est diagnostiquée, il faut alors traiter.

Le traitement fait également l'objet de la part du Ministère de la Santé, d'une codification extrêmement précise et étendue à tout l'échelon national.

Si un malade est tuberculeux, selon le cas, il lui sera appliqué trois méthodes :

- . Un traitement de première ligne pour
 - 1/ tous les nouveaux cas de tuberculose pulmonaire ;
 - 2/ tous les cas de tuberculose extra-pulmonaire ;
 - 3/ tous les cas de tuberculose irrégulièrement ou insuffisamment traités pendant une durée totale inférieure à six mois.
- . Un traitement de seconde ligne en cas de
 - 1/intolérance majeure ou toxicité dues à la chimiothérapie ;
 - 2/détérioration radiologique avec aggravation bactériologique entre le 3^e et 6^e mois ;
 - 3/aggravation bactériologique, à deux examens successifs, après négativation transitoire ;
 - 4/résistance bactérienne prouvée dans un laboratoire qualifié.
- . Un traitement de troisième ligne

Strictement réservés aux centres universitaires spécialisés il ne s'appli-

que qu'en cas d'échec avec les traitements de 1ère et 2ème lignes.

Le schéma thérapeutique de ces différents traitements est le suivant :

TRAITEMENT DE PREMIERE LIGNE POUR UN ADULTE :

PHASE INITIALE (jusqu'à négativation bac- tériologique)	P H A S E D E C O N T I N U A T I O N	
4 à 12 semaines	JUSQU'AU 12ème MOIS	
Tous les jours	Soit <u>Régime intermittent</u> deux jours/semaine	Soit <u>Régime quotidien</u> tous les jours
Isoniazide 150 3 cps Streptomycine 1 gr PAS à 50 % 20 gr	Isoniazide 150 5 cps (en une seule prise) Streptomycine 1 gr en I.M.	Isoniazide 5 cps pas à 50 % 20 gr

TRAITEMENT DE SECONDE LIGNE POUR UN ADULTE

PHASE INITIALE		PHASE DE CONTINUATION	
3 mois		9 mois	
tous les jours		tous les jours	
ETHIONAMIDE 250	3 cps	ETHIONAMIDE 250	3 cps
CYCLOSERINE 250	3 cps	CYCLOSERINE 250	3 cps
PYRAZINAMIDE 500	3 cps	ou PYRAZINAMIDE 500	

TRAITEMENT DE TROISIEME LIGNE POUR UN ADULTE

PHASE INITIALE	PHASE DE CONTINUATION
4 à 8 semaines	jusqu'au 12ème mois
tous les jours	deux fois/semaine
. RIFAMPICINE 300 2 gélules . ETHAMBUTOL 400 3 cps	. RIFAMPICINE 300 3 gélules . ETHAMBUTOL 400 6 cps

Le traitement a donc une durée moyenne de 12 mois environ et la guérison sera affirmée si après 12 mois de traitement régulier, les examens bactériologiques sont négatifs aux 10è, 11è, et 12è mois ou aux 6è, 9è, et 12è mois (deux examens directs à chaque fois et si possible cultures).

LA PREVENTION

Avec tout d'abord l'enquête épidémiologique dans l'entourage d'un tuberculeux et surtout le vaccin BCG. Le BCG est évidemment l'arme idéale contre la maladie et son éradication par la base. Il est en effet important d'empêcher la maladie de se propager par le vaccin qui diminue le potentiel de malades éventuels. Il est donc essentiel de vacciner et tout d'abord les enfants : en effet si les enfants sont vaccinés en grande majorité sinon en totalité, dans quelques années la maladie n'aura plus de prise sur la collectivité. Cependant si la théorie est parfaite, elle se heurte à de nombreuses difficultés. Il n'est pas aisé de "toucher" les enfants et de leur faire le vaccin. Il faut que le médecin garde à l'esprit l'importance de ce fait et qu'il s'assure dès qu'il le peut si le vaccin a été pratiqué ou non. Il doit aussi saisir d'autres occasions, ainsi, lorsqu'un enfant naît à l'hôpital, il reçoit le BCG avant sa sortie de la maternité. Mais sur le secteur sanitaire de Mahdia au niveau des APC (assemblée populaire communale = mairie) il a été enregistré 1 613 naissances, alors qu'à l'hôpital seulement 548 accouchements ont été pratiqués pendant la même année 1976.

ACTIVITE DU D.A.T. DE MAHDIA PENDANT UN AN (ENTRE 1976 et 1977)

- Consultations au D.A.T. : 2 732
- Nombre de lames examinées : 798 dont : 21 positives
777 négatives
- Nouveaux cas dépistés : 56 dont : 21 BK positif
35 BK négatif
- 55 tuberculose pulmonaire
1 tuberculose extra-pulmonaire
- Arrêt de traitement : 36
- Guérison sur avis médical : 10
 - Décès : 9
 - Perte de vue : 17
- Nombre de tuberculeux suivis au D.A.T. : 304
- Répartition de ces malades selon leur traitement :

TRAITEMENT DE PREMIERE LIGNE :

	BK positif	BK négatif
moins de 15 ans	6	44
plus de 15 ans	25	193

TRAITEMENT DE SECONDE LIGNE :

moins de 15 ans	0
plus de 15 ans	36

--- Les vaccins : 1 776

MATERNITE	610	CENTRE DE SANTE .	285
PMI	797	AUTRES	80
DISPENSARE	64		

LA POLYCLINIQUE

La polyclinique est une structure aux multiples facettes. Elle est en effet le support de la médecine curative avec les consultations, mais surtout de la médecine préventive.

Les principales activités que l'on retrouve, sont représentées principalement par :

- . des consultations médicales
- . un centre de distribution pharmaceutique
- . un cabinet dentaire
- . une radiographie
- . un bureau de prévention avec surtout la PMI.

LES CONSULTATIONS MEDICALES

Elles sont le principal point d'attraction de la population. Etant donné le nombre d'habitants pour très peu de médecins, la demande est extrêmement forte mais n'est satisfaite que partiellement. Au secteur sanitaire de Mahdia, elles sont assurées par les deux médecins temps pleins et l'AMSP (aide médicale de santé, intermédiaire entre le médecin et les infirmiers au point de vue études et compétence, jouant le rôle de médecin avec cependant des prescriptions qui sont limitées). Ces consultations ont lieu matin et après-midi. L'activité à ce niveau est très importante, trop importante, car elle absorbe complètement le médecin et lui laisse peu de temps pour s'occuper de la prévention qui est pourtant l'élément essentiel.

Pour une année (entre 1976 et 1977) les deux médecins (donc sans compter l'AMSP) ont fait 14 936 consultations... auxquelles on peut ajouter les 2 732 consultations faites au dispensaire anti-tuberculeux ! soit 34 consultants environ par demi-journée pour chaque médecin !!.

- Un essai de classements par affections permet de donner le tableau suivant :

	HOMMES	FEMMES	ENFANTS	TOTAUX	%
URGENCES	466	457	926	1 849	12,37
DIVERS	1 425	1 592	2 397	4 064	27,20
APP. RESP.	357	477	2 205	3 039	20,34
CARDIO.	10	14	0	24	0,2
DIGESTIF	321	1 351	2 767	4 439	29,72
DERMATO.	69	100	470	639	4,27
GYNECO UROLOGIE	72	96	288	456	3,05
ENDOCRI- NO					
ORL - OPHTALMO.	38	117	271	426	2,85
	2 308	4 204	8 424	14 936	100
	15,4 %	28,2 %	56,4 %		

La classification faite dans le tableau précédent nécessite quelques précisions. Tout d'abord la répartition dans les différentes cases a été pratiquée essentiellement par les signes d'appel du malade et le diagnostic clinique (les examens para-cliniques étant très rares et passibles d'erreurs), il s'en suit une marge d'erreur et une certaine imprécision, notamment, une grande proportion de "divers". Ce groupe "divers" comprend un grand nombre de certificats de bonne santé pour l'embauche, le sport, l'école, etc..., également une symptomatologie pauvre du genre céphalées pour laquelle le médecin n'a pu mettre une étiquette, enfin un grand nombre de malades fonctionnels que l'on retrouve surtout chez les femmes : les femmes ont un mode de vie particulier et passent le plus clair de leur temps dans leur maison d'habitation, la consultations médicale devient

alors le prétexte, la sortie...

Le tableau souligne également le grand nombre de consultations d'enfants avec pour raisons celles déjà citées à propos de la mortalité infantile.

° ° ° ° °

On peut voir aussi les nombreuses consultations pour des motifs d'ordre digestif : là encore, prédominance des enfants et des gastro-entérites grande cause de mortalité et de morbidité.

° ° ° ° °

Le tableau suivant montre à l'échelon national la morbidité selon l'âge et le sexe (revue Santé Publique - juillet 1976).

A G E S	S E X E	
	M A S C U L I N	F E M I N I N
moins de 1 an	Affect. Respiratoires M. Infect. et Parasit. Morbidity prénatale (66,6 %)	idem (64,56 %)
1 à 4 ans	Aff. Respiratoires M. Infect. et Parasit. Accidents (74,8 %)	idem (72,6 %)
5 à 9 ans	Accidents Aff. Respiratoires M. Infect. et Parasit. (69,36 %)	idem (68,8 %)
10 à 14 ans	Accidents Aff. Respiratoires M. Infect. et parasit. (66,12 %)	Aff. Respiratoires M. Inf. et Parasit. Accidents - Aff. de l'app. digestif (65,5 %)
15 à 19 ans	Accidents Aff. Respiratoires M. infec. Parasit. Aff. app. digestif (66,8 %)	Complications de grossesse Aff. de l'app. digestif M. infec. et parasit. Aff. Respiratoires (64,8 %)
20 à 44 ans	Troubles mentaux Accidents Aff. App. digestif M. Infect. et parasit. (66,8 %)	Complications de la gross. Aff. de l'appareil digestif (56 %)
45 à 54 ans	Aff. app. digestif Accidents Aff. respiratoires M. Infect. et parasites Troubles mentaux (72,5 %)	Aff. app. digestif Aff. Respiratoires M. Infect. et parasites Complic. de grossesse (55,0 %)

LE BUREAU DE PREVENTION

L'application immédiate de la gratuité des soins concernait les activités de santé publique : P.M.I., assainissement du milieu, hygiène scolaire, éducation sanitaire, lutte contre les grands fléaux sociaux (tuberculose, paludisme, trachome, maladies de la nutrition). La priorité était donc donnée à la prévention.

La prévention doit être en effet un des soucis permanent de l'équipe soignante. Ce travail est sans aucun doute ingrat et obscur car médecins et infirmiers ne voient pas de résultats formels immédiats et se heurtent souvent à l'incompréhension des malades qui ne réalisent pas l'utilité d'une telle action. Il est plus satisfaisant de s'occuper d'un malade qui présente une température élevée et qui tousse : une chimiothérapie adaptée pourra donner des effets remarquables au sens propre du terme en quelques jours. Le malade sera content et l'équipe soignante flattée dans son amour propre. Par contre, s'occuper de personnes en bonne santé, leur parler d'une hypothétique maladie et leur proposer par exemple un vaccin et surtout les faire revenir pour les prises suivantes, tout cela pose davantage de problèmes car d'une part l'équipe soignante ne fait pas toujours preuve d'enthousiasme pour quelque chose dont elle ne verra peut-être jamais la preuve et d'autre part, les malades ne comprennent pas obligatoirement leur intérêt.

ACTIVITES DES SERVICES DE PMI EN 1976

DESIGNATION DE L'ACTIVITE	NOUVEAUX	ANCIENS	T O T A L
VISITES PRENATALES			
1er trimestre	35	-	35
2è trimestre	14	38	52
3è trimestre	94	38	132
4è trimestre	164	121	285
T O T A L	307	197	504
SURVEILLANCE DES ENFANTS (de la naissance à 6 mois)			
1er trimestre	147	-	147
2è trimestre	17	99	116
3è trimestre	8	394	442
4è trimestre	185	261	446
T O T A L	397	754	1 151

- EDUCATION SANITAIRE

- concernant la mère :

	NOMBRE DE SEANCES	NOMBRE DE PRESENTS
HYGIENE DE LA GROSSESSE		
1er trimestre	2	40
2è trimestre	4	130
3è trimestre	2	32
4è trimestre	8	184
T O T A L	<u>16</u>	<u>386</u>
HYGIENE NUTRITIONNELLE		
1er trimestre	4	52
2è trimestre	3	63
3è trimestre	6	50
4è trimestre	3	75
T O T A L	<u>16</u>	<u>240</u>
HYGIENE CORPORELLE ET VESTIMENTAIRE		
1er trimestre	2	60
2è trimestre	5	115
3è trimestre	3	29
4è trimestre	-	-
T O T A L	<u>10</u>	<u>204</u>
HYGIENE DE L'HABITAT		
1er trimestre	1	27
2è trimestre	1	45
3è trimestre	4	25
4è trimestre	2	41
T O T A L	<u>8</u>	<u>138</u>

- Concernant les enfants :

	NOMBRE DE SEANCES	NOMBRE DE PRESENTS
ALIMENTATION DES NOURRISSONS		
1er trimestre	6	84
2e trimestre	8	114
3e trimestre	4	35
4e trimestre	10	86
TOTAL	<u>28</u>	<u>319</u>
HYGIENE DES NOURRISSONS		
1er trimestre	3	35
2e trimestre	3	70
3e trimestre	5	90
4e trimestre	2	46
TOTAL	<u>13</u>	<u>241</u>

PROTECTION MEDICALE DES JEUNES

HYGIENE SCOLAIRE

	Nombre de cas dépistés
- TRACHOME et autres AFF. OPHTALMO.	116
- ALBUMINURIE GLYCOSURIE	2
- TEIGNES	13
- GALE et autres aff. dermato	323
- CARIES DENTAIRES	714
- CARDIOPATHIES	9
- PNEUMOPATHIES	82
- ACUITE VISUELLE DEFECTUEUSE	12
TOTAL	<u>1 271</u>

LES VACCINATIONS EN 1976

	B.C.G.		ANTI-POLIO		ANTI-VARIOL.	ANTI-DIPHT.		ANTI-COQUEL.		ANTI-CHOLERIQUE	
	1erV.	Rap.	1erV.	Rap.		1erV.	Rap.	1erV.	Rap.	1erV.	Rap.
<u>1 à 4 ans</u>											
1er trimestre	537	-	-	112	-	-	-	-	-	-	-
2è trimestre	1 490	-	436	-	-	-	-	-	-	-	-
3è trimestre	290		55	6	-	-	-	-	-	-	-
4è trimestre	1 189	-	2 184	3 039	87	18	9	69	-	40	-
TOTAL	3 506		2 675	3 157	87	18	9	69	-	40	-
<u>5 à 6 ans</u>											
1er trimestre	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2è trimestre	73	-	-	-	60	-	-	-	-	-	-
3è trimestre	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-
4è trimestre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	89	-	-	-	65	-	-	-	-	-	-
<u>6 ans et plus</u>											
1er trimestre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2è trimestre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3è trimestre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	60	-
4è trimestre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	60	-
ANNEE 1976											
TOTAL	3 595	-	2 675	3 157	152	18	9	69	-	100	-

SYNTHESE

Au terme de cette étude, il nous semble utile de dégager un certain nombre de points et d'en tirer certaines conclusions.

La gratuité des soins, mise en place le 1er janvier 1974 était avant tout un choix politique. Cela entrainait dans le cadre de la Révolution Algérienne comme une étape supplémentaire. Tout le monde devenait égal devant la maladie, il n'y avait plus de différences d'argent, de classes. On peut à ce propos faire quelques remarques :

Tout d'abord, mettre en place une fonctionnarisation de la médecine nécessite un personnel humain très important. Or dès le départ, l'ALGERIE souffre d'un manque de médecins, matériellement le système pouvait donc difficilement être mis en place d'emblée. Il s'en est suivi une demi-mesure, et les médecins ont pu conserver une activité privée avec un mi-temps pour le secteur public. Evidemment, cela semble bien être considéré par le gouvernement comme un stade, un palier vers une nationalisation complète et la disparition totale du secteur privé. Mais les médecins privés représentent une certaine puissance. Ils sont peu nombreux et de ce fait très forts : le pays a besoin d'eux, ils le savent et ils peuvent par ce biais poser certaines conditions, prendre certaines libertés. La nationalisation n'est évidemment pas pour eux la "bonne affaire", un traitement de fonctionnaire n'a aucune mesure avec les revenus d'un médecin privé. Leur petit nombre leur permet donc temporairement de refuser plus ou moins le système. Il s'en suit également de leur part une certaine part de dénigrement du système public : attitude somme toute bien explicable guidée le plus souvent par la peur du lendemain.

Un autre désavantage né de la dualité temporaire du système médical va en sens contraire du but désiré. La gratuité des soins a été instaurée pour mettre tout le monde sur le même plan. Le fait de tolérer un système payant amène à une médecine de classes. Il y a d'une part les gens qui peuvent payer et d'autre part, ceux qui ne le peuvent pas. Ceux qui, grâce à leur argent ont le choix entre les deux systèmes et d'autres pour lesquels le choix devient faussé parce que leur pos-

sibilité financière ne les guide que dans une seule direction. Ce défaut est lui-même accentué par l'attitude même des malades. Les Algériens ont, comme tous les autres peuples, une attitude assez stéréotypée : lorsque pour un même article, différents prix sont affichés, le plus souvent la réaction est de penser que l'article le plus cher est le meilleur. Face à la santé la réaction semble assez semblable, il y a d'un côté un système payant et de l'autre un système gratuit pour le même article. Le système payant vient donc s'auréoler de qualités mystérieuses qu'il n'a pas obligatoirement et le système gratuit apparaît parfois comme l'article au rabais, sans toute la fraîcheur ni les qualités désirées. On pourra toujours rétorquer que le secteur public est aussi bien et même mieux puisqu'il a plus de possibilités notamment pour les examens complémentaires et que tout le monde y a accès. Cela est vrai mais la notion d'égalité est faussée lorsqu'elle devient fonction de la puissance d'argent...

La gratuité des soins conduit à une autre attitude pour les malades. Le fait d'avoir consultations, examens complémentaires et médicaments gratuits a pour conséquence une perte totale des notions de coût de la maladie. Les malades ne se rendent pas compte de l'argent investi. Il s'installe vite dans l'idée que soins gratuits veut dire soins peu chers, d'où surconsommation et gaspillage de consultations et de médicaments. Si un traitement n'est pas efficace rapidement ce sera immédiatement une nouvelle consultation et de nouveaux médicaments. Certes, la "santé n'a pas de prix", mais en tous cas elle coûte cher et pour l'Algérie elle coûte cher en devises puisque les médicaments viennent essentiellement de l'étranger. Aussi on peut se demander si un tel gaspillage ne pourrait pas être freiné. Sur le fond, la gratuité des soins est quelque chose de très bien, d'idéal, mais les moyens pourraient être différents. Ainsi le malade pourrait payer examens, médicaments... et secondairement être remboursé intégralement. Le fait d'avoir engagé personnellement des fonds lui ferait garder à l'esprit la notion de coût de la maladie. Ainsi en France cette notion est fortement ancrée dans les esprits. Lorsque les patients parlent de leur maladie, ils évoquent assez facilement le prix de la consultation du médecin généraliste ou du spécialiste et le montant payé au pharmacien. Certes il n'y a pas de gratuité totale des soins mais les malades sont remboursés à 80 % en moyenne et même intégralement s'ils ont des mutuelles ou des assurances complémentaires. Les gens savent bien à combien est revenu leur dernière angine et ne se privent pas d'en parler (en oubliant cependant souvent de mentionner qu'ils ont été remboursés en grande partie...). Cette notion de coût de la maladie semble être un frein à la consommation nécessaire à conserver.

L'infrastructure en secteurs sanitaires semble être assez efficace. Elle permet une bonne décentralisation des moyens médicaux. Les problèmes rencontrés semblent essentiellement résider dans le manque de personnel : cela surtout, comme nous l'avons vu précédemment dans les régions déshéritées. Cette infrastructure devient un peu un handicap dans ces régions : puisqu'il existe un hôpital, une polyclinique il faut qu'ils fonctionnent ; mais comme d'autre part il y a peu de médecins, ces derniers se trouvent "paralysés" au niveau du secteur. L'équipe médicale est trop statique, elle aurait besoin, pour une plus grande efficacité, de pouvoir bouger, se déplacer, car si les gens proches du secteur bénéficient d'un service correct, les habitants des villages un peu éloignés n'ont aucun secours et comme dans ces petits villages les conditions sont très dures ils se retrouvent les plus grands perdants.

Un autre handicap réside dans les consultations : certes elles sont nécessaires et utiles mais elles sont un frein à une politique de santé à long terme. Elles aussi paralysent le médecin, lui occupent une trop grande partie de son temps et l'empêchent de prendre part à quelque chose de plus important : la PREVENTION. Il est évidemment utile de consulter X enfants qui ont la diarrhée et de donner un traitement, mais, parce qu'une foule d'autres malades attendent leur tour, si l'on n'a pas le temps d'expliquer de petites règles simples, qu'un biberon se lave, ne doit pas traîner n'importe où, doit se préparer proprement, en respectant certaines proportions entre lait et eau, etc... ou si cela est expliqué de façon trop hâtive, toujours pour les mêmes raisons, on aura peut-être la désagréable surprise de revoir l'enfant revenir pour une autre diarrhée la première à peine guérie... On se demandera alors si ce que l'on fait a une grande utilité, dans la mesure où il ne s'accompagne pas d'une prévention efficace.

Cependant pour libérer ces médecins, il semblerait y avoir une solution : les AMSP. Ces aides médicaux de Santé Publique font, nous l'avons vu, des consultations. Leur cycle d'étude étant plus court que celui des médecins, il semblerait que leur effectif peut être plus rapidement augmenté. Cela pourrait être d'un grand secours du moins dans les régions déshéritées car d'une part cela libérerait le médecin pour des tâches qui semblent importantes actuellement, c'est-à-dire la prévention, et d'autre part cela redonnerait une certaine mobilité à l'équipe soignante qui pourrait s'occuper des personnes isolées.

CONCLUSIONS

- 1 - La gratuité des soins semble être effectivement un système nécessaire à une bonne évolution de la santé dans un pays à vocation socialiste et qui, par ailleurs, fait partie des pays en voie de développement.
- 2 - A la fin de la guerre d'indépendance, la situation sanitaire était telle qu'un certain nombre de décisions devaient être prises, et par conséquent nécessitait un certain dirigisme. La solution d'une nationalisation de la médecine semblait s'intégrer dans ce mouvement de pensées et porte déjà des fruits.
- 3 - Cependant, on doit constater les demi-mesures ; la conservation de médecins privés gêne la bonne marche du système et aboutit au paradoxe suivant : la médecine officielle nationalisée est assurée essentiellement par un personnel étranger alors que la médecine privée, somme toute relativement accessoire, est fait par des médecins algériens ; ceci est peut être inexact dans les grandes villes de la côte mais pas dans les régions déshéritées comme les Hauts-Plateaux.

Le Président de la Thèse

Louis ROCHE

VU, le Directeur de l'Unité ALEXIS CARREL

Professeur R. MORNEX

VU et PERMIS d'IMPRIMER

LYON, le 11 janvier 1978

Le Président de l'Université Claude Bernard
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales

D. GERMAIN

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	1
LE SUPPORT DE LA GRATUITE DES SOINS	3
LE SECTEUR SANITAIRE DE MAHDIA	16
- Données géo démographiques	18
- Le Secteur Sanitaire	21
- L'hôpital	23
- La mortalité infantile	36
- Le dispensaire antituberculeux	43
- La polyclinique	49
- Le bureau de prévention	53
SYNTHESE.	59
CONCLUSIONS	62

o o o

